



PRESENTACIÓN DE CASO

Detección temprana del odontoma compuesto como medida de prevención en la retención dentaria. Reporte de caso

Early detection of composite odontoma as a preventive measure in dental retention. Case report

Marianela del Rocío Buitrón-Recalde ¹✉ , Alex Giovanny Lara-Muñoz ² , Mateo Andrés Román-del Salto ¹ , Javier Emilio Carrión-Sánchez ¹ 

¹Universidad Autónoma de Los Andes, Sede Santo Domingo de los Tsáchilas, Ecuador.

²Quito, Ecuador.

Recibido: 14 de julio de 2024

Aceptado: 23 de julio de 2024

Publicado: 24 de julio de 2024

Citar como: Buitrón-Recalde M del R, Lara-Muñoz AG, Román-del Salto MA, Carrión-Sánchez JE. Detección temprana del odontoma compuesto como medida de prevención en la retención dentaria. Reporte de caso. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2024 [citado: fecha de acceso]; 28(S1): e6479. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/6479>

RESUMEN

Introducción: el odontoma compuesto es una lesión tumoral benigna que se puede asociar con alteraciones en la erupción o retención de las piezas dentales, revelado a través de las imágenes radiográficas de rutina.

Objetivo: reportar el manejo clínico de un paciente de sexo femenino de 10 años de edad con un odontoma compuesto.

Presentación de caso: se realizaron estudios complementarios como radiografía panorámica y tomografía axial computarizada previa al tratamiento quirúrgico, al examen imagenológico se observó la presencia de lesión mixta radiolúcida con zonas radiopacas en su interior las cuales se asemejan a dientes, delimitada, con borde radiolúcido. También se comprobó, la presencia del canino superior izquierdo retenido cercano al borde de la lesión. El diagnóstico oportuno fue indispensable y la enucleación óptima, además, la paciente tuvo buena evolución postoperatoria.

Conclusiones: el diagnóstico anticipado de la lesión es de suma importancia para realizar un tratamiento acertado en la enucleación e interceptar en un periodo temprano las retenciones dentarias.

Palabras clave: Odontoma; Canino; Exéresis.

ABSTRACT

Introduction: compound odontoma is a benign tumor lesion that can be associated with alterations in the eruption or retention of teeth, revealed through routine radiographic images.

Objective: to report the clinical management of a 10-year-old female patient with a compound odontoma.

Case presentation: complementary studies such as panoramic radiography and computed axial tomography were performed prior to surgical treatment. The imaging examination revealed the presence of a radiolucent mixed lesion with radiopaque areas inside which resemble teeth, delimited, with a radiolucent edge. The presence of the retained upper left canine close to the edge of the lesion was also confirmed. Timely diagnosis was essential and enucleation was optimal; in addition, the patient had a good postoperative evolution.

Conclusions: early diagnosis of the lesion is of utmost importance to carry out successful treatment in enucleation and intercept dental retentions in an early period.

Keywords: Odontoma; Cuspid; Exéresis.

INTRODUCCIÓN

El término "Odontoma" fue utilizado por primera vez en 1867 gracias a Paul Broca, concepto usado originalmente para referirse a las lesiones tumorales benignas de origen odontogénico.⁽¹⁾ Autores mencionan que en realidad los odontomas no deberían ser considerados neoplasias verdaderas, sino malformaciones hamartomatosas que contienen estructuras dentales, como: esmalte, dentina e incluso cemento y pulpa; consecuencia de una alteración en la proliferación de células odontogénicas epiteliales y mesenquimales completamente diferenciadas, con la capacidad de formar estos tejidos.^(2,3)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica a los odontomas principalmente en compuesto y complejo. En un Odontoma Compuesto vamos a encontrar una histodiferenciación completa de los tejidos dentales, y van a estar representados de una forma ordenada, siguiendo un patrón morfológico semejante al de un diente pequeño. Un Odontoma Complejo se observa como una masa nudosa sólida de estos tejidos, que estarán completamente histodiferenciados, sin embargo, dispuestos de manera desordenada y desorganizada.⁽⁴⁾

El odontoma es considerado uno de los tumores odontogénicos más frecuentes, constituyen el 67 % de los casos relacionados con estas lesiones; con un mayor predominio en las primeras dos décadas de vida, presentando poca o nula predilección por un sexo en específico. Los odontomas compuestos se encuentran con más frecuencia en la porción anterior del maxilar superior, a diferencia de los odontomas complejos que tienen preferencia por el sector posterior de la mandíbula, ubicados por encima de dientes retenidos.⁽⁵⁾

Los odontomas no suelen generar complicaciones graves y son típicamente asintomáticos, sin embargo, pueden estar relacionados con alteraciones en la erupción de las piezas dentales, como es el caso de dientes impactados, retraso en la erupción dental y retención de dientes deciduos o permanentes; por lo que su reconocimiento en la clínica se da, generalmente, cuando el paciente acude a consulta por una erupción tardía de un diente permanente y el odontoma es revelado a través de las imágenes radiográficas de rutina. Estableciendo a la ortopantomografía como la principal herramienta para su descubrimiento y diagnóstico.⁽⁶⁾

Radiográficamente un odontoma aparece inicialmente como una imagen radiolúcida, a medida que se va calcificando se irán encontrando áreas radiopacas.⁽⁷⁾ El odontoma compuesto se observa como una masa radiopaca, con variaciones en su forma y tamaño, relacionada con la calcificación de múltiples estructuras, adoptando una forma similar a un dentículo; y rodeada de una fina zona radiolúcida. Esta malformación suele estar localizada sobre las coronas de dientes no erupcionados o entre las raíces de dientes erupcionados. Microscópicamente tiene una estructura histológica similar correspondiente a una pieza dental de la dentición normal.⁽⁸⁾

Generalmente este tipo de lesiones pueden ser detectadas de manera efectiva con una ortopantomografía o radiografía panorámica, siendo esta la herramienta diagnóstica más utilizada por el odontólogo en la práctica clínica. Sin embargo, en algunos casos una radiografía panorámica no brindará suficiente información y se optará por realizar una tomografía axial computarizada (TAC), la misma que permita una visualización en tres dimensiones y con mejor resolución del odontoma, de esta manera, se podrá evaluar y desarrollar el plan de tratamiento más adecuado para el paciente.⁽⁹⁾

Si bien es cierto, el odontoma no suele presentar complicaciones severas y se considera una patología asintomática, puede en algunos casos estar relacionado, no sólo con una retardada erupción dental, sino que su tamaño puede ir aumentando llegando a medir aproximadamente de 1 a 3 cm de diámetro, logrando causar una asimetría facial. Está asociado a maloclusiones y trastornos de la articulación temporomandibular (ATM). Además, puede estar relacionado con inflamación e infección en la zona donde se encuentra ubicado, e incluso puede anexarse a un posible desarrollo de alguna patología tumoral o quística.⁽⁶⁾

El tratamiento a elección en este tipo de tumores consiste en la extirpación quirúrgica total del odontoma, y la eliminación de la cápsula de tejido conjuntivo que lo rodea, como una medida conservadora, para permitir la erupción natural del diente impactado. Cuando el odontoma ha completado su estadio de calcificación, el riesgo a recidiva es mínimo. La muestra extraída debe prepararse adecuadamente para su correspondiente estudio histopatológico, para llegar a un diagnóstico definitivo de la lesión.⁽⁹⁾

En la mayoría de los casos el odontoma extirpado tiene un tamaño reducido, en comparación a un diente normal, y el diente impactado no tendrá una desviación de mayor importancia. En este sentido, es importante que luego de la exéresis se realice una evaluación radiográfica para ver el estado de la raíz del diente impactado, si esta se encuentra aún en desarrollo, su potencial de erupción será suficiente para un pronóstico favorable.⁽¹⁰⁾ Se recomienda un primer control postquirúrgico un mes luego del procedimiento, para evaluar el progreso de recuperación y el estado del diente retenido a través de un estudio radiográfico. Después de tres meses se realizará un segundo control siguiendo la misma dinámica de evaluación.⁽²⁾

PRESENTACIÓN DE CASO

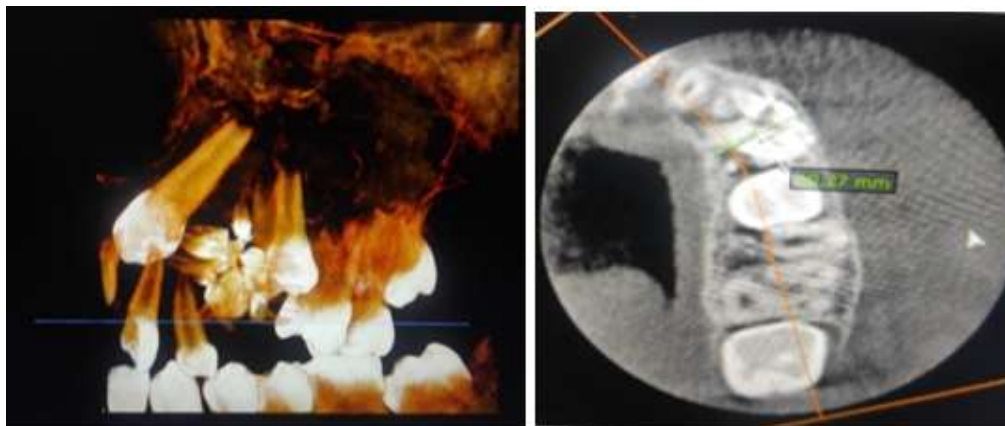
Paciente femenino de 10 años, que acude por permanencia de canino superior izquierdo temporal y ausencia del permanente y del primer premolar, sin presencia de sintomatología. A la exploración intraoral se evidencia lo expresado por la abuela de la paciente, y a la palpación no se evidencia alteraciones en la morfología del maxilar superior izquierdo.

Se indica y evalúa radiografía panorámica en la cual se observa presencia de lesión mixta radiolúcida con zonas radiopacas en su interior las cuales se asemejan a dientes, delimitada, con borde radiolúcido. También se comprueba, la presencia del canino superior izquierdo retenido cercano al borde de la lesión (Fig. 1). Se solicita una tomografía axial computarizada (TAC) en la cual se confirma la presencia de una formación en la que se puede distinguir formaciones dentales adyacente a la pieza 23 y 24 de 14,1 x 15 x 10,27 mm en cuyos bordes se aprecia un halo radiolúcido, siendo compatible con la sospecha de odontoma compuesto. (Fig. 2)



Fuente: Equipo de investigación

Fig. 1 La presencia del canino superior izquierdo retenido cercano al borde de la lesión.

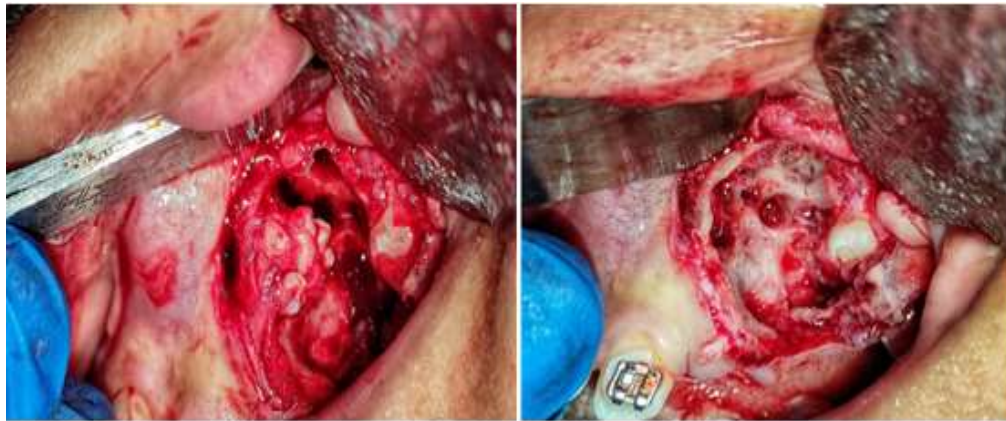


Fuente: Equipo de investigación

Fig. 2 Tomografía axial computarizada.

Se procede a programar el tratamiento quirúrgico, se le explica el procedimiento quirúrgico al paciente y a la abuela del mismo (por ser menor de edad), así como la correspondiente firma en el consentimiento informado, previa valoración e interconsulta con ortodoncia para el tratamiento de la pieza 23 y 24, concluyendo la posibilidad de un traccionamiento de las piezas, posterior a la exéresis del odontoma; una vez realizada la valoración clínica y radiográfica correspondiente.

Se realiza asepsia y antisepsia de la región extra e intraoral con gasas humedecidas con clorhexidina al 2 %, posteriormente colocación de campos estériles de manera protocolaria. Se establecieron puntos de referencia anatómica, se infiltro lidocaína con epinefrina al 2 %, una técnica infraorbitaria con cierre de circuito en el nervio nasopalatino utilizando dos cartuchos de anestesia. Una vez establecida la anestesia se realizó un abordaje mediante una incisión tipo Newman. Se procedió al decolado del colgajo con la ayuda de legbras para luego acceder al quiste eliminando el hueso que lo cubre, mediante instrumental rotatorio y abundante irrigación (Fig. 3).



Fuente: Equipo de investigación

Fig. 3 Acceder al quiste eliminando el hueso que lo cubre.

Se observa la lesión quística encapsulada que se va despegando y se enuclea en su totalidad (Fig. 4). Finalmente se limpia el lecho quirúrgico con suero fisiológico y se repone el colgajo, afrontando los bordes con puntos simples de poliglicólico trenzado absorbible de 4/0.



Fuente: Equipo de investigación.

Fig. 4 La lesión quística encapsulada que se va despegando.

Al ser el peso del paciente de 30 kg, con el fin de disminuir la existencia de edema, infección y dolor postoperatorio se prescribió farmacoterapia con amoxicilina a dosis de 25 mg/kg repartidos cada ocho horas por cinco días adicional a esto se receto paracetamol de 15 mg/kg repartidos cada ocho horas por tres días. Además, se entregó por escrito las siguientes indicaciones postoperatorias de higiene y dieta:

- Aplicar una bolsa de hielo durante 20 minutos sobre el maxilar izquierdo esperando otros veinte minutos entre aplicación y aplicación. Estos intervalos pueden continuarse durante las siguientes 24 o 48 horas.
- No enjuagarse la boca el día de la intervención.
- No escupir ni manipular la zona de la herida con la lengua.
- Dieta líquida o blanda que no requiera de masticación, durante las primeras 24-48 horas, aumentando la ingesta de líquidos e incorporando de manera gradual una dieta normal.
- Dormir con la cabeza ligeramente elevada el primer día después de la intervención quirúrgica.
- Mantener una higiene oral rigurosa, cepillando la boca excepto en la zona donde se realizó la cirugía
- Reposo relativo 48/72 horas.
- Enjuagues con clorhexidina o agua salina utilizando previo una jeringa y aguja despuntada, para lavar la zona manipulada y los hilos de sutura a presión con la solución de preferencia del paciente.

Diez días después, en la revisión postoperatoria, se una buena evolución de la zona con tejidos blandos en perfecto estado de cicatrización.

DISCUSIÓN

En relación con la revisión de la literatura, se habla ampliamente sobre los odontomas y todos concuerdan con que los odontomas son la malformación más común de su clase, representando entre el 21 al 67 % de este tipo de malformaciones.⁽¹¹⁾ Como se puede apreciar en la revisión del caso, el odontoma presentaba múltiples partes pequeñas, siendo así un factor diferenciador con la mayoría de los casos revisados en la literatura.

El odontoma presentado en este caso estaba localizado en el maxilar, en la zona anterior a la altura de la pieza 23 y 24, siendo esta una de las zonas donde se manifiestan más comúnmente este tipo de malformaciones.⁽¹²⁾ Encontramos una similitud con la literatura en relación a que los odontomas compuestos están ubicados en la mayoría de los casos en la zona anterior, a nivel de las con piezas incisivas o con caninos.⁽¹³⁾

Los tumores odontogénicos benignos pueden aparecer en cualquier etapa. Sin embargo, Lagarón C y col,⁽²⁾ reconocen en su artículo que los odontomas son más comunes en pacientes pediátricos. También, Martinovic G y col.⁽¹⁴⁾ concuerdan con que no hay una diferencia marcada en la prevalencia relacionada al sexo, pero sí menciona que el odontoma es más frecuente en la segunda década de vida. En el caso clínico expuesto la paciente es de sexo femenino y está cursando la primera década de la vida, siendo un paciente pediátrico.

Referente al diagnóstico, Irías N y Canales D.,⁽¹⁵⁾ mencionan que normalmente esta lesión es diagnosticada accidentalmente a través de radiografías de rutina, debido a que generalmente esta anomalía se presenta de manera asintomática. En su artículo el paciente llega a la consulta odontológica remitido debido al hallazgo radiográfico realizado por el ortodoncista de manera casual. Sin embargo, en este caso clínico hubo un indicio para la obtención de radiografía y el posterior diagnóstico, similar al caso de Maltagliati A y col.,⁽¹⁶⁾ donde también se presentaban ciertas complicaciones en sus pacientes que derivaron en la necesidad de realizar una imagen radiográfica.

Finalmente, Maltagliati A y col.,⁽¹⁶⁾ argumentan que puede realizarse un procedimiento con láser de tipo *Er:YAG* con una longitud de onda de 2.940 nm por sus propiedades adecuadas para tratar con tejidos duros.⁽¹⁷⁾ Sin embargo, el tratamiento en su caso clínico empleado fue una cirugía convencional mediante un decolado de colgajo para poder develar el quiste y enuclear el odontoma compuesto; y es de igual manera recomendado por la gran mayoría de autores como el tratamiento adecuado para la enucleación del odontoma.⁽¹⁷⁾

CONCLUSIONES

El motivo de consulta de un paciente con odontoma a menudo se manifiesta con un retraso en la erupción de la dentición definitiva, alteración de la posición dental, aumento de volumen en el lugar de la formación, por lo que, es relevante el diagnóstico oportuno para intervenir en la enucleación de esta lesión patológica y realizar interconsulta con un ortodoncista para determinar si existe la posibilidad de un tratamiento ortodóntico a largo plazo de las piezas retenidas.

Conflictos de interés

No existen

Contribución de autoría

MRBR: conceptualización, investigación, administración, redacción-borrador, revisión metodológica, aprobación del manuscrito final.

AGLM: conceptualización, redacción-borrador, revisión metodológica, aprobación del manuscrito final.

MARS: redacción-borrador, revisión metodológica, aprobación del manuscrito final.

JECS: redacción-borrador, revisión metodológica, aprobación del manuscrito final.

Financiación

No existió

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anastasya N, Azhari, Farina P. Panoramic radiography features of complex odontoma in impacted teeth: a scoping review. Jurnal Radiologi Dentomaksilofasial Indonesia [Internet]. 2022 [Citado 03/04/2024]; 6(3). Disponible en: <http://jurnal.pdgi.or.id/index.php/jrdi/article/view/889>
2. Lagarón C, Lagarón G, Lagarón C. Odontoma compuesto: presentación de un caso. Odontología Pediátrica [Internet]. 2021 [Citado 03/04/2024]; 29(2). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8202154>
3. Mazur M, Di Giorgio G, Ndokaj A, Jedliński M, Corridore D, Marasca B, et al. Characteristics, Diagnosis and Treatment of Compound Odontoma Associated with Impacted Teeth. Children (Basel)[Internet]. 2022 [citado 03/04/2024]; 9(10): 1509. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2227-9067/9/10/1509>
4. Kamlakar K, Kisan S. Management of multiple compound odontomas in maxillary anterior region of jaw: case report. International Journal of Applied Dental Sciences [Internet]. 2023 [Citado 03/04/2024]; 9(2). Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/Multiple-compound-odontomas-in-the-jaw%3A-case-report-Bordini-Contar/06324b47b9863a492b21fde18b2120911af5845d>
5. Thompson LDR. Odontoma. Ear, Nose and Throat Journal [internet]. 2021 [Citado 03/04/2024]; 100(5 suppl). Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0145561319890175>
6. Falkinhoff P, García E. Los odontomas y sus implicancias. Rev Asoc Odontol Argent [Internet]. 2019 [citado 03/04/2024]; 107(1). Disponible en: https://raoa.aoa.org.ar/revistas/revista_abstract?t=25&d=los_odontomas_y_sus_implicancias&volumen=107&numero=1/
7. Chacon O, Cantillo Y, Simons S. Odontoma compuesto. Presentación de un caso. Rev Información Científica [Internet]. 2018 [Citado 03/04/2024]; 97(2): 486-495. Disponible en: <https://revinformcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/1919>
8. Preoteasa C, Preoteasa E. Compound odontoma – morphology, clinical findings and treatment. Case Report. Rom J Morphol Embryol [Internet]. 2018 [Citado 03/04/2024]; 59(3): 997-1000. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30534846/>
9. Burgos J, Argandoña F, Lara G. Inclusión dentaria por un odontoma compuesto. Revista de Investigación e Información en Salud [Internet]. 2022 [citado 03/04/2024]; 17(43). Disponible en: <https://revistas.univalle.edu/index.php/salud/article/view/390>
10. Epodes R, Tomé M, Arrascaeta M, Hernández J. Odontoma compuesto como causa de retención dentaria. Presentación de dos casos clínicos. Multimed [Internet]. 2019 [Citado 03/04/2024]; 23(2): 355-363. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000200355

11. Aquino da Silva V, Prado R, Sperandino F, Alves D, Cardi M, Costa J. Odontomas are associated with impacted permanent teeth in orthodontic patients. J Clin Exp Dent [Internet]. 2019 [citado 03/04/2024]; 11(9): e790-e794. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4317/jced.56101>
12. Cuellar S, Meza B, González A. Odontoma compuesto como factor de retención dentaria. Reporte de un caso. Revista de Investigación & Clínica Odontológica [Internet]. 2022 [Citado 03/04/2024]; 2(1): 32-35. Disponible en: <https://revistaodontologica.com/articulo.php?id=116534>
13. Bueno N, Bergamini M, Elias FBSP, Ferraz E. Unusual giant complex odontoma: A case report. J Stomatol Oral Maxillofac Surg [internet]. 2020 [Citado 03/04/2024]; 121(5): 604-607. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31904531/>
14. Martinovic G, Santorucuat B, Aliste J, Plaza C, Raffo J. Odontoma Compuesto: Diagnóstico y Tratamiento. Reporte de Casos & Revisión de la Literatura. Int. J. Odontostomat [Internet]. 2017 [Citado 03/04/2024]; 11(4): 425-430. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2017000400425
15. Irías N, Canales D. Impactación dentaria por odontoma compuesto: reporte de caso y revisión de literatura. Odontología Vital [Internet]. 2019 [Citado 03/04/2024]; (32): 7-14. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-07752020000100007
16. Maltagliati A, Ugolini A, Crippa R, Farronato M, Paglia M, Blasi S, et al. Complex odontoma at the upper right maxilla: Surgical management and histomorphological profile. European Journal of Paediatric Dentistry [Internet]. 2020 [Citado 03/04/2024]; 21(3): 199-202. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32893652/>
17. Tovar C, Tovar D, Álvarez C. Odontoma compuesto. Revista Tamé [Internet]. 2020 [Citado 03/04/2024]; 8(24): 993-996. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=100295>